

گزارش وضعیت مدیکال (MEDI-CAL)

توجه: هم اکنون قوانین ایالتی شما را ملزم می نماید تا گزارش وضعیت نیم سال مدیکال را تکمیل کنید.
شما باید این گزارش را به منظور حفظ مدیکال تا:
برگردانید.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	تاریخ اطلاعیه: _____ شاره پرونده: _____ نام مددکار: _____ شماره مددکار: _____ شماره تلفن مددکار: _____ ساعت کار دفتر: _____
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

چنانچه فقط اشخاصی که در خانواده شما مدیکال دریافت می کنند ، مسن ، نابینا یا از کار افتاده یا افراد زیر ۲۱ سال و یا خانم بارداری که صلاحیت وی فقط به مزایای بارداری محدود می شود وجود دارند ، شما ملزم به تکمیل و بازگرداندن این گزارش نمی باشد.

چنانچه جهت تکمیل این گزارش نیاز به کمک دارید به مددکاری که نام و شماره تلفن وی در بالا درج شده است تماس بگیرید.

بخش ۱ - هیچ تغییراتی گزارش نشد

چنانچه در شش ماه گذشته شما هیچگونه تغییراتی در موارد لیست شده بخش ۲ نداشته اید ، این کادر را چک کنید.

عدم تغییر

- بخش ۲ را پر ننماید. مستقیماً به بخش ۳ بروید.
- بخش ۳ در این گزارش در پشت این صفحه را امضا کرده و تاریخ را مرقوم نمایید. شما باید گزارش را با پاکت پیوست که هزینه پستی پرداخت شده است به ادرسی که قبل اگفته شد تا تاریخ فوق الذکر بازگردانید.

گزارش تغییرات

چنانچه در شش ماه گذشته تغییراتی جهت گزارش دارید باید بخش ۲ و ۳ را تکمیل کنید.

- در بخش ۲ برای هر یک از موارد تغییرات که در مقابل آن "بله" را تیک زده اید توضیح دهید.
- هیچگونه مدرکی با این فرم ارسال ننمایید.
- به بخش ۳ مراجعه کنید و گزارش را امضا نموده و تاریخ مرقوم نمایید. شما باید گزارش را با پاکت پیوست که هزینه پستی آن پرداخت شده است به ادرسی که قبل اگفته شد تا مورخه فوق الذکر بازگردانید.

پناطر داشته باشد شما باید یشت صفحه را امضا کنید



هیچگونه مدرکی با این فرم ارسال نفرمایید

کلیه تغیرات پاسخ "بله" را چک کرده و توضیح دهید

بخش ۲

بله

تغییرات درامد

ایا در امد خانواده شما کاهش و یا افزایش پیدا کرده است؟ ایا در خانواده شما کسی بالای ۱۴ سال شغل جدیدی را شروع کرده است یا کارش را ترک کرده است؟ برای مثال کار ساعتی، دریافت مقرری، حمایت از بچه (child support)، مزایای بیکاری، مزایای دولتی، سرمایه های مالیاتی و غیره. لطفاً توضیح دهید:

بله

هزینه هایی برای تغیرات پرداخت شده است

ایا هیچ تغییراتی در مبالغ پرداخت شده برای (child care)، بیمه بهداشت و سلامتی، حکم دادگاه حمایت از بچه یا هزینه های تحصیلی داشته اید؟
لطفاً توضیح دهید:

بله

تغییرات موقعیت زندگی

ایا شخصی به خانواده شما پیوسته و یا از خانواده شما جدا شده است (برای مثال تولد نوزاد، ازدواج عضوی از خانواده و غیره)؟ اگر چنین است ایا اتفاق نیاز به مددگار دارند. لطفاً توضیح دهید: بله خیر

بله

سایر تغیرات

ایا کسی در خانواده شما تغییراتی در مقدار دارایی (برای مثال پول در حساب بانکی، وسیله نقلیه، مستغلات و غیره) وضعیت مهاجرتی یا سایر مزایای بهداشت و سلامتی وی پدید امده است؟ لطفاً توضیح دهید:

بله

از کار افتاده

ایا کسی در خانواده شما از کار افتاده است؟
اگر چنین است، چه کسی؟

بله

خانم باردار

ایا کسی در خانواده شما باردار شده است؟

اگر چنین است، چه کسی؟

اگر چنین است، تاریخ تقریبی تولد نوزاد چه زمانی است؟

باید تکمیل گردد

بخش ۳

امضا و گواهی نامه

من ملتفت شده ام که باید کلیه تغیرات را در مورد درامد، اموال و سایر تغیرات را به بخش (County) گزارش دهم. من تحت مجازات شهادت کذب اعلام میدارم که کلیه اطلاعات فراهم امده فوق الذکر صحیح میباشد و حقیقت دارد.

امضا	تلفن ()	تاریخ
امضا شاهد (چنانچه شخصی امضا کند)	تلفن ()	تاریخ
امضا شخصی که قائم مقام ذینفع میباشد	نسبت با ذینفع	تاریخ